COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
BRIANCE · COMBADE

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 - 2026

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

I . ENFANT

NOM : …….. PRENOM : ……..

SEXE | GARCON | | FILLE | | DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		……	___/___/___
Du DT coq		……	___/___/___
Du Tétracoq		……	___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS	……	___/___/___
		……	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS	DATES
1er VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	……	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1er RAPPEL	___/___/___	……	___/___/___

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		**OTITES**		**ASTHME**		**ROUGEOLE**		**OREILLONS**	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

……..	___/___/___
……..	___/___/___
……..	___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

……
……

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non | | oui | |

SI OUI, LEQUEL ? ……..

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : …… PRENOMS : ……

ADRESSE (pendant la période du séjour) : ……
……
……

			DOMICILE	BUREAU
N° DE S.S.		N° DE TEL		

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : ……
……

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : ……